AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

Zur Ätiologie der Erschöpfungsdepression

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Jürg Victor Martin

Pratteln, Baselland

1967

ZÜRICH 1968
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

Zur Ätiologie der Erschöpfungsdepression

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Jürg Victor Martin
Pratteln, Baselland

ZÜRICH 1968
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

Von der Medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. med. *P. Kielholz*

Tag der Promotion: 30. Oktober 1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Erschienen im Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Band *102*, 1, 193–211 (1968)

Zur Ätiologie der Erschöpfungsdepression

Von JÜRG MARTIN

AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

A. Einleitung

In den letzten 30 Jahren wurde man zunehmend auf Depressionsformen aufmerksam, die sich sowohl von den manisch-depressiven Psychosen als auch von den psychoreaktiven Depressionen vor allem durch eine massive vegetative Symptomatik unterschieden. 1937 prägte *Hempel* den Begriff der «vegetativ-dystonen Depression» und brachte damit die hinter diesen somatischen Beschwerden liegende psychische Ursache zum Ausdruck. Ähnliche Zustandsbilder wurden in der Folge unter den Bezeichnungen «vegetative Depression» *(Lemke, Dichgans)*, «surmenage psychique» *(Beno)*, «endoreaktive Dysthymie» *(Weitbrecht)* beschrieben, wobei *Hempel, Dichgans* und *Ditfurth* von einer endogenen Verursachung sprachen, während *Lemke* die Krankheit als dienzephale Reaktion *(Rosenfeld)* auf verschiedene Depressionen und auf chronische Überlastung des vegetativen Nervensystems auffaßte. *Beno* und *Weitbrecht* erkannten die pathogene Bedeutung der langdauernden emotionalen Spannungen, die dem Ausbruch der Depression regelmäßig vorangingen, und wiesen namentlich auch auf die prämorbide sensitive Charakterstruktur hin.

Im Gefolge des Zweiten Weltkrieges wurden depressive Manifestationen beobachtet, die als Antwort auf kriegsbedingte Vertreibungen und Aussiedlungen aufgetreten waren («Entwurzelungsdepressionen», *Bürger-Prinz, Janz, Weitbrecht*). Den pathogenen und im speziellen depressionsauslösenden Faktor der Entlastung von langanhaltenden affektiven Spannungssituationen zeigten *Schulte* und *Ruffin* auf («Entlastungsdepression»).

B. Der Begriff der Erschöpfungsdepression

Im Jahre 1957 führte *Kielholz* für dieses Krankheitsbild den Begriff der Erschöpfungsdepression ein, die er den einfachen seelischen Fehlentwicklungen *(Binder)* beiordnete. Er versteht darunter eine traurig-ängstliche oder

apathisch-düstere Verstimmung, einhergehend mit einer Dekompensation des sympathisch-adrenergen Systems, die durch jahrelange emotionelle Dauerbelastungen oder immer wiederkehrende, die betreffende Persönlichkeit belastende affektive Reize verursacht ist.

Hereditär ist keine Belastung mit manisch-depressiven Psychosen nachweisbar, doch finden sich in der Aszendenz gehäuft sensitive Charaktere.

Konstitutionell überwiegt auf somatischer Ebene der leptosom-asthenische Typus *(Hempel, Weitbrecht)*, während im psychischen Bereich sensitive und introvertierte Persönlichkeiten vorherrschen.

Es besteht eine deutliche Geschlechtsdisposition für das weibliche Geschlecht, wie aus der Erkrankungshäufigkeit (82% Frauen, 18% Männer) hervorgeht. Die Altersdisposition erreicht zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr ihr Maximum.

Auch die pathogenetischen Faktoren zeigen deutliche Geschlechtsunterschiede. Eine prämorbid sensitive, also entäußerungsschwache, schwernehmende, selbstunsichere oder auch infantile Charakterstruktur der Frau disponiert zu einer Entwicklung in Richtung zunehmender Verschließung und Vereinsamung, die schließlich zu einer ängstlich-mißtrauischen Haltung führen kann. Die hier zur Erschöpfungsdepression führenden Faktoren lassen sich aufgliedern in Liebeskonflikte, familiäre und eheliche Spannungen, insbesondere durch Untreue oder Alkoholismus des Gatten einerseits, Doppelbelastung durch Haushalt und innerlich widerstrebend ausgeführte Werktätigkeit *(von Baeyer)* bei finanziellen Sorgen andererseits. Bei Ledigen schließlich kann auch die Entwurzelung durch Umsiedlung vom Land in eine Stadt auslösend wirken.

Die beim männlichen Geschlecht typischen prämorbiden Charakterzüge sind Ehrgeiz, Perfektionismus, Ichbezogenheit, übermäßiges Verantwortungsbewußtsein. Diese Eigenschaften begünstigen innere und äußere berufliche Überforderungen. Rasch erreichte Vorgesetztenposten, deren Ansprüche nicht ganz erfüllt werden können, sowie verantwortungsvolle Arbeit in lärmigem, gehetztem Milieu führen zu starken emotionalen Spannungszuständen, die ihrerseits Reibereien oder Zerwürfnisse in der familiären Gemeinschaft zur Folge haben können.

Der Verlauf ist gekennzeichnet durch ein sich über Jahre erstreckendes, schleichendes Auftreten der Symptome *(Weitbrecht)* bis zur Ausbildung des Vollbildes der Erschöpfungsdepression. Es lassen sich zwei mehr oder weniger deutlich voneinander geschiedene, unspezifische Vorphasen erkennen, die ihrerseits auch eine Medikamentensucht oder eine psychosomatische Krankheit einleiten können.

In einer ersten neurasthenischen Prodromalphase *(Béard, Stertz)* kommt es zu Überempfindlichkeit, Reizbarkeit und schneller Ermüdbarkeit. Gleichzeitig auftretende Schlafstörungen wirken im Sinne eines Circulus vitiosus zusätzlich pathogen und führen zu Konzentrationsschwäche und Leistungsabfall. Jahrelanges Anhalten dieser Symptome bei fehlender Krankheitseinsicht bewirkt eine ängstliche Versagenseinstellung, und diese birgt die Gefahr unerwarteter Suizidversuche in sich.

Dem meist unvermittelten Übergang in die psychosomatische Phase entspricht eine Irradiation der bisher vorwiegend im intellektuellen Bereich erlebten Spannung in die Sphäre der Emotionalität mit ihren engen Beziehungen zum vegetativen Nervensystem und äußert sich in einer Vielzahl von quälend empfundenen vegetativen Störungen und funktionellen Organbeschwerden wie Kopfdruck, Schwindel, Appetitlosigkeit, Magen-Darm-Störungen, Herzklopfen, Beklemmungsgefühle in der Herzgegend. Die Besorgnis des Patienten richtet sich nun von den Umweltschwierigkeiten auf die Fehlfunktionen seines Körpers und führt zu einer ängstlich-hypochondrischen Grundstimmung.

Nach zusätzlichen körperlichen und seelischen Belastungen kommt es zum Umschlag in die eigentliche Erschöpfungsdepression. In ihr nehmen die bekannten neurasthenischen Symptome der Schlafstörung, der Explosivität und der Lärmempfindlichkeit noch mehr zu. Es dominiert aber, besonders ausgeprägt in Fällen von sekundärer Vitalisierung *(K. Schneider)*, das Bild der depressiven Trias mit hypochondrisch-depressiver Stimmung, Einengung der Gedanken auf die belastenden Themen, Hemmung des Willens, der Entschlußfähigkeit und der Psychomotorik sowie Abnahme der Sexualität.

Die Prognose ist unter bipolarer psychagogischer und medikamentöser Therapie günstig, sofern ein vier- bis sechswöchiger klinischer Aufenthalt eine völlige Distanzierung von den auslösenden schädlichen Umweltseinflüssen garantiert.

C. Untersuchungsergebnisse

I. Fragestellung und Krankengut

In der vorliegenden Untersuchung wird eine Übersicht über die lebensgeschichtlichen Daten, die zugrunde liegende Persönlichkeit und die auslösenden Umweltfaktoren in 72 Fällen von Erschöpfungsdepression gegeben. Es stellten sich dabei folgende Fragen:

1. Schaffen eine schwere kindliche Milieuschädigung, eine neurotische Entwicklung beziehungsweise eine psychopathische Charakterstruktur eine erhöhte Krankheitsdisposition für Erschöpfungsdepressionen?

2. Welches sind die auslösenden Umweltfaktoren, die zur Erschöpfungsdepression führen, und wie verteilen sich diese auf die Geschlechter?

Bei dem Krankengut handelt es sich um je 36 männliche und weibliche Patienten, die zwischen April 1960 und Dezember 1964 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel unter der Diagnose Erschöpfungsdepression hospitalisiert waren. Die Angaben wurden den Krankengeschichten entnommen. Es bestehen, worauf *Kielholz* hinweist, in prämorbider Charakterstruktur und Art der zur Erkrankung führenden emotionellen Spannungen zum Teil ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. Um diese deutlich hervortreten zu lassen, wurde die Anzahl der Männer und Frauen gleich groß gewählt, indem bei den Frauen bis auf den Jahrgang 1962, bei den Männern bis auf den Jahrgang 1960 zurückgegriffen wurde.

II. Darstellung im einzelnen

1. Äußere Daten

a) Alter: Das Durchschnittsalter aller untersuchten Patienten beträgt 41,6 Jahre; es liegt bei den Männern mit 43,8 Jahren um 4,4 Jahre höher als bei den Frauen (39,4). Auf Abb. 1a ist das Alter der Patienten in Gruppen zu 5 Jahren zusammengefaßt wiedergegeben. Man erkennt eine ausgeprägte Zweigipfligkeit, deren Maxima bei beiden Geschlechtern zwischen 30 und 35 beziehungsweise 45 und 60 Jahren liegen. Summiert man andererseits die vor und nach dem 40. Altersjahr erkrankten Fälle (Abb. 1b), kommt das bei den Männern höhere Durchschnittsalter am deutlichsten zum Ausdruck; erkranken doch 69,4% jenseits der Vierzigergrenze, während dies bei den Frauen nur in 41,7% der Fall ist. Die zwei Maxima sind also quantitativ ungleich stark dotiert. Diese Altersverteilung mag, wenigstens partiell, auf die unten zu besprechende Verschiedenheit der auslösenden Faktoren zurückzuführen sein. Die beruflichen Spannungen treten bei den Männern in vollem Umfang erst nach Erreichung einer höheren beruflichen Position auf, während die bei den weiblichen Patienten vorherrschenden Ehekonflikte in unserem Krankengut bald nach der Heirat ihren Anfang nehmen.

b) Zivilstand: Die Verteilung des Zivilstands (Abb. 2) zeigt bei den Männern relativ hohe Quoten in 2. Ehe Verheirateter und getrennt Lebender.

Beim weiblichen Geschlecht überrascht der außerordentlich hohe Anteil in 2. oder 3. Ehe und getrennt lebender sowie geschiedener Patientinnen (36,1%). Wir können schon daraus auf die wichtige Rolle schließen, die Eheschwierigkeiten in der Genese von Erschöpfungsdepressionen spielen.

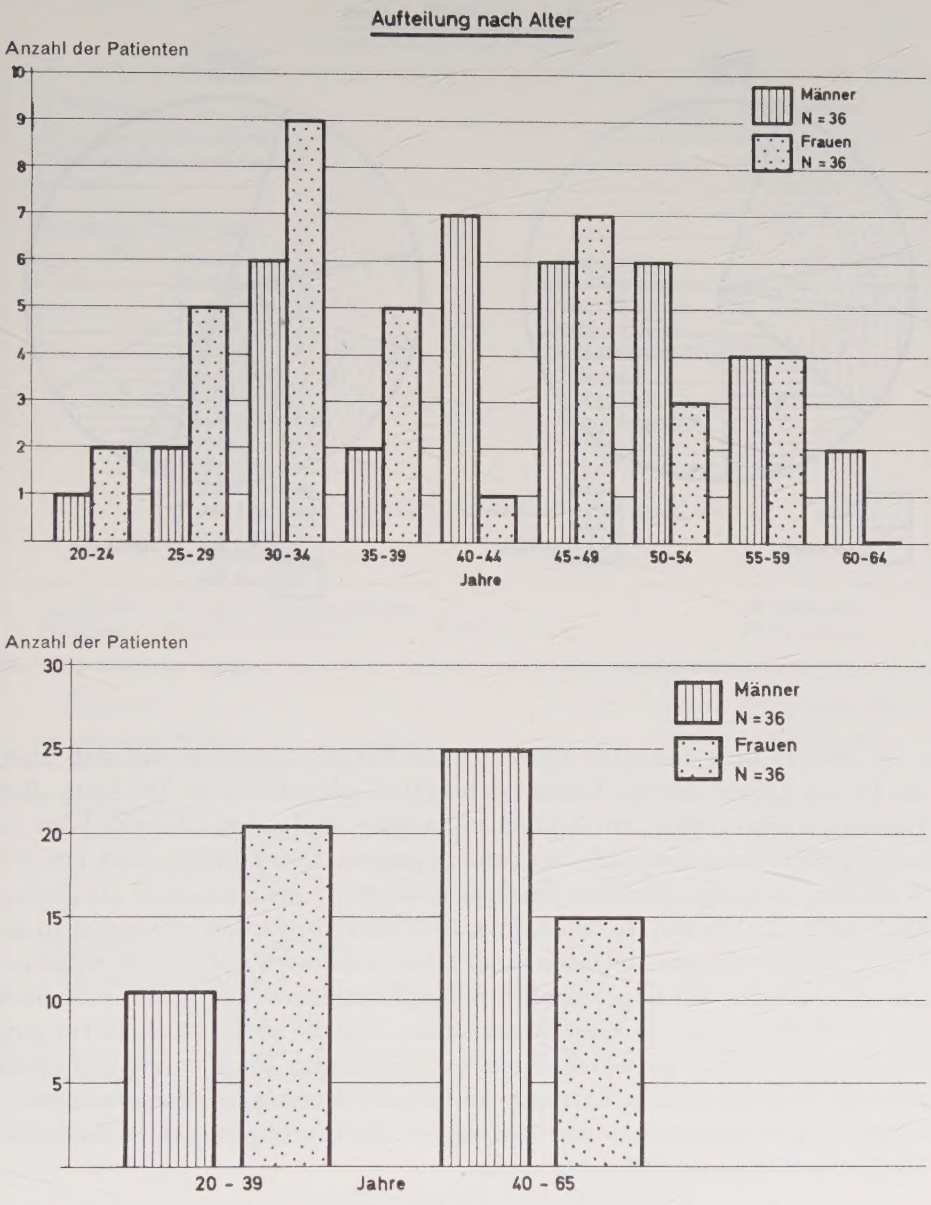

Abb. 1a und 1b

Die Summe der Ledigen, Getrennten, Geschiedenen und Verwitweten ergibt uns mit 50,0% die Anzahl allein lebender und zum großen Teil an Vereinsamung leidender Frauen.

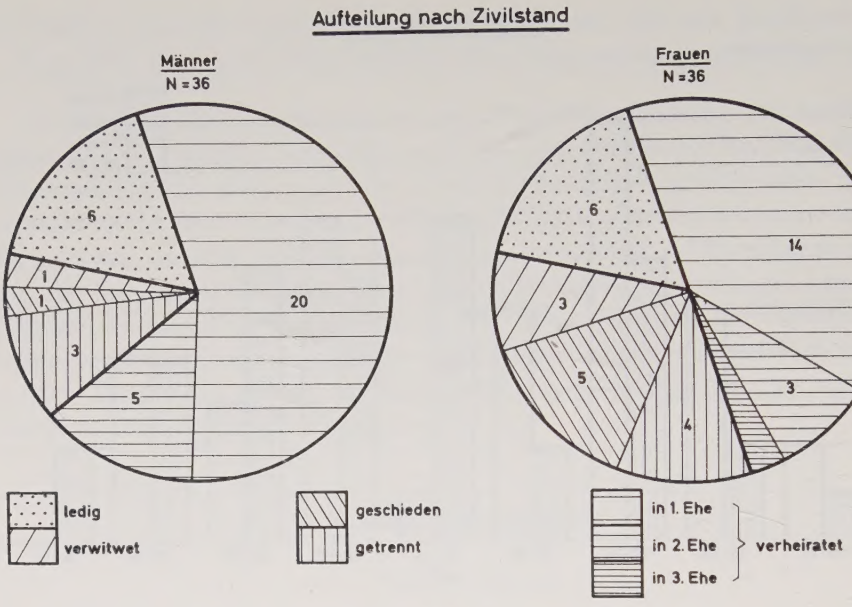

Abb. 2

c) Beruf und sozialer Status: Aus Tabelle 1 ersehen wir, daß über ein Drittel der männlichen Patienten beruflich selbständig ist. Die Liste aller Berufe wurde angefügt, um deutlich zu machen, daß sich der Großteil davon aus höheren Einkommensklassen zusammensetzt. Dies läßt sich auch aus der Wahl der Verpflegungsklasse deutlich machen, wenn man diese als grobes Maß dafür ansehen will. In den Jahren 1960 bis 1964 wurden im Durchschnitt 16,1% der männlichen Patienten in der 1. und 2. Klasse hospitalisiert, während unsere Patienten den ungewöhnlich hohen Prozentsatz von 52,8% erreichen (19 von 36 Patienten). Wir dürfen annehmen, daß die affektiven Belastungen, die in selbständiger beziehungsweise gut entlöhnter Berufsarbeit auftreten (erhöhte Verantwortung, Existenz- und Konkurrenzkampf, Personalschwierigkeiten und anderes), zu den wichtigsten die Erschöpfungsdepression der Männer bedingenden Faktoren zählen.

Der Anteil berufstätiger Frauen ist mit 52,8% ziemlich hoch, kann aber durch den Zivilstand zwanglos erklärt werden. Nur 4 Patientinnen sind gleichzeitig verheiratet und berufstätig. Die Häufung von Fällen aus den höheren Verpflegungsklassen ist hier viel weniger auffällig als bei den Männern (27,8% Erst- und Zweitklaßpatientinnen gegenüber einem Durchschnitt von 21,2% in den Jahren 1962 bis 1964).

Tabelle 1

Beruf und sozialer Status

a) Männer	Total 36 Patienten
Selbständig Erwerbende	13 Patienten
Unselbständig Erwerbende	22 Patienten
Student	1 Patient

Berufe der Patienten

Architekt	Magaziner
Bankdirektor	Medizinstudent
Bankprokurist	Nachtwächter
Bildhauer	Primarlehrer
Billeteur	Selbständige Kaufleute (5)
Buchhalter	Schlosser
Cheflaborant	Schweißer
Chemiearbeiter	Steuerbeamter
Gerant	Verkäufer
Hilfsarbeiter (2)	Versicherungsinspektor
Ingenieure (2)	Wirt
Kaufmännische Angestellte (3)	Taxiunternehmer
Konstrukteur	Zahnarzt
Magazinchef	Zollaufseher

Patienten 1. und 2. Verpflegungsklasse	19 Patienten
Patienten 3. Verpflegungsklasse	17 Patienten

b) Frauen	Total 36 Patientinnen
Berufstätige Frauen	19 Patientinnen
davon selbständig erwerbend	1 Patientin
Zivilstand: ledig	6 Patientinnen
verheiratet	4 Patientinnen
getrennt	2 Patientinnen
geschieden	5 Patientinnen
verwitwet	2 Patientinnen
Nicht berufstätige Hausfrauen	17 Patientinnen
Zivilstand: verheiratet	14 Patientinnen
getrennt	2 Patientinnen
verwitwet	1 Patientin

Patientinnen 1. und 2. Verpflegungsklasse	10 Patientinnen
Patientinnen 3. Verpflegungsklasse	26 Patientinnen

2. Heredität und Konstitution

Die geringe Belastung mit manisch-depressiven Psychosen in unserem Krankengut weist eindrücklich auf die nosologische Verschiedenheit dieser beiden Depressionsformen hin. Viermal häufiger läßt sich in der Aszendenz Schizophrenie nachweisen, was gut mit der beobachteten Affinität der Erschöpfungsdepression zu der schizothymen Charakterstruktur übereinstimmt.

Tabelle 2
Heredität

Depressionen unklarer Genese	11 Patienten
Manisch-depressive Psychose	2 Patienten
Schizophrenie	8 Patienten
Epilepsie	0 Patienten
Oligophrenie	4 Patienten
Psychopathie	2 Patienten
Alkoholismus	15 Patienten
Suizid	6 Patienten
Total	72 Patienten

Die Bevorzugung des leptosomen Körperbautyps (Abb. 3), auf die schon *Hempel* hingewiesen hat, tritt auch in unserem Material hervor, deutlich allerdings nur bei den weiblichen Patienten, die diese Ausprägung fast zur Hälfte aufweisen. Im Gegensatz dazu ist der pyknische Konstitutionstyp im Durchschnitt nur mit 23,6% vertreten.

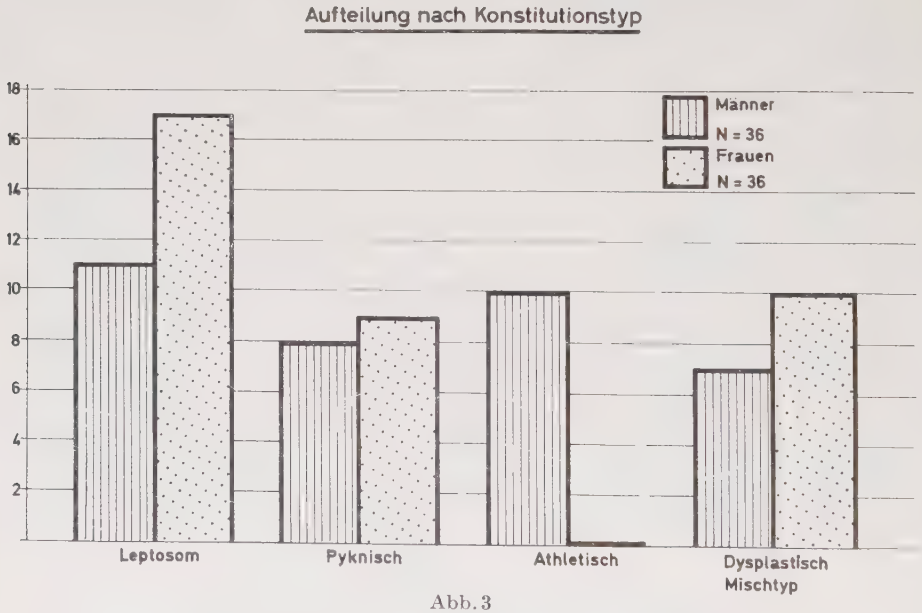

Abb. 3

3. Prämorbide Persönlichkeit

a) Allgemeine Charakterstruktur: Die bei Erschöpfungsdepressiven häufig gefundenen Charaktereigenschaften haben wir nach zweierlei Gesichtspunkten gruppiert. Tabelle 3 zeigt sie in abnehmender Häufigkeit bei Männern

Tabelle 3

Prämorbide Charakterstruktur

a) Männer	Total 36 Patienten
Psychopathie schizoid (2) sensitiv (2) asthenisch – selbstunsicher – homosexuell gemütsarm – egozentrisch – geltungssüchtig stimmungslabil	8 Patienten
Oligophrenie	0 Patienten
Einzelne Merkmale	
Kontaktbehindert, einzelgängerisch	11 Patienten
Perfektionistisch, übergewissenhaft	10 Patienten
Verschlossen, introvertiert	8 Patienten
Entäußerungsgehemmt	6 Patienten
Schwernehmerisch	6 Patienten
Zwanghaft, pedantisch	6 Patienten
Ehrgeizig	6 Patienten
Sensitiv	6 Patienten
Weich	6 Patienten
Minderwertigkeitsgefühle	5 Patienten
Ängstlich	5 Patienten
Selbstunsicher	4 Patienten
Infantil	2 Patienten

b) Frauen	Total 36 Patientinnen
Psychopathie schizoid selbstunsicher – sensitiv infantil geltungssüchtig	4 Patientinnen
Oligophrenie (Debilität)	2 Patientinnen
Einzelne Merkmale	
Sensitiv	13 Patientinnen
Schwernehmerisch	11 Patientinnen
Kontaktbehindert, einzelgängerisch	11 Patientinnen
Entäußerungsgehemmt	7 Patientinnen
Minderwertigkeitsgefühle	7 Patientinnen
Infantil	6 Patientinnen
Ängstlich	6 Patientinnen
Verschlossen, introvertiert	5 Patientinnen
Selbstunsicher	3 Patientinnen
Ehrgeizig	2 Patientinnen
Perfektionistisch, übergewissenhaft	1 Patientin
Zwanghaft, pedantisch	1 Patientin
Weich	0 Patientinnen

und Frauen. Unter diesen stehen Sensitive, Schwernehmende und Kontaktbehinderte, unter jenen ebenfalls Einzelgängerische, dann Übergewissenhafte und Verschlossene an der Spitze.

In Abb. 4 sind die Eigenschaften nach Geschlechtshäufigkeit geordnet. Vorwiegend beim Mann treffen wir perfektionistisch-übergewissenhafte, zwanghaft-pedantische und ehrgeizige, daneben auch weiche und verschlossene Charaktere an, während auf der weiblichen Seite die Eigenschaften «infantil», «sensitiv» und «schwernehmend» typisch sind. Bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig finden sich die Charakterisierungen «kontaktgestört – einzelgängerisch», «entäußerungsgehemmt», «ängstlich» und «selbstunsicher».

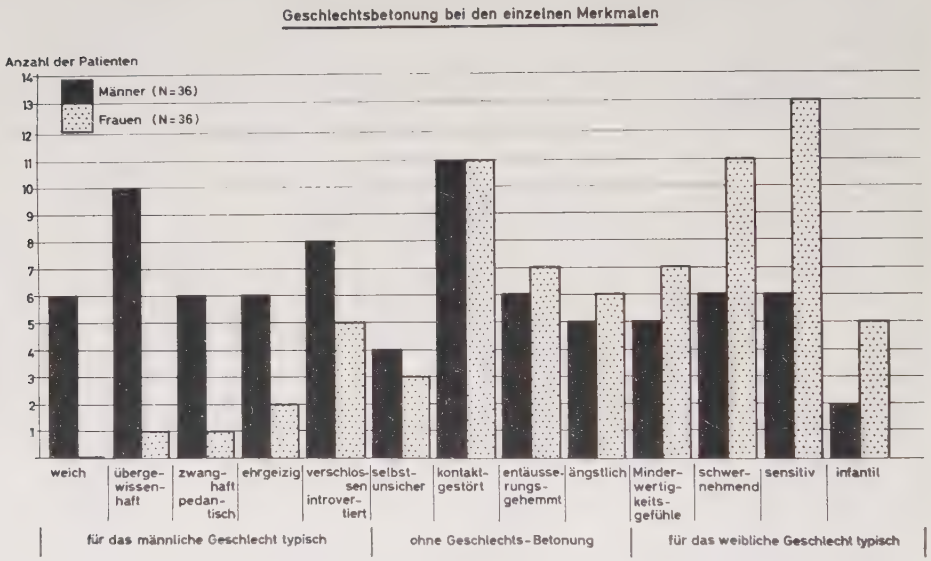

Abb. 4

Diese hier gefundenen Resultate stehen in voller Übereinstimmung mit den Ergebnissen von *Kielholz*. Die beiden Geschlechtern eigentümlichen Züge von «Entäußerungshemmung», «Kontaktgestörtheit» sind das Zeichen einer prinzipiellen Schwierigkeit, den Regungen des Affekt- und Gemütslebens Ausdruck zu verleihen und sie abzureagieren. Die täglichen emotionellen Spannungen können dann nicht abgeführt werden, stauen sich an und finden schließlich ihre Manifestation im vegetativen Nervensystem. Man könnte von einer «Neigung zu Affektverhaltung» sprechen. Diese wird beim Mann meist auf sthenische Weise verarbeitet, und man findet bei ihm somit auch vermehrt anakastische Züge, nämlich Ehrgeiz, Perfektionismus, Übergewissenhaftigkeit. Eine asthenische Reaktionsweise finden wir hingegen beim Mann als

Weichheit, Verschlossenheit, bei der Frau als Sensitivität und Neigung zum Schwernehmen.

b) Kindliche Entwicklung, Neurose, Psychopathie: Bei der Aufdeckung der Lebensgeschichte erschöpfungsdepressiver Patienten lassen sich, was uns sehr bedeutsam scheint, in einem Großteil der Fälle eine psychopathische Anlage, eine neurotische Entwicklung oder eine schwere Milieuschädigung nachweisen. Die Resistenzkraft, die solche Individuen widrigen Umwelteinflüssen mit starken affektiven Beanspruchungen entgegenzusetzen vermögen, ist dann verständlicherweise früher erschöpft als diejenige seelisch gesunder Personen. Bei schweren Neurotikern, Psychopathen oder durch schwere kindliche Schicksalsschläge psychisch beeinträchtigten Patienten können wenige, relativ geringfügige, in jedem menschlichen Leben vorkommende Belastungssituationen (wie Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Tod eines Elternteils, eine Liebesenttäuschung usw.) dasselbe erschöpfungsdepressive Krankheitsbild auslösen, das bei anderen, in harmonischen Verhältnissen aufgewachsenen oder ausgeglichenen Personen erst nach jahrelangen schwersten und kumulierten traumatischen Einflüssen (wie Ehen mit brutalen Alkoholikern und eventuell mit Scheidung, aufreibende Berufsarbeit, hinzukommende schwere Körperkrankheiten und Operationen) zustande kommt. Es ist bei der Schwierigkeit, die disponierenden Charakterstrukturen und pathogenen Umwelteinflüsse, die hauptsächlich durch Einfühlung in ihrem Ausmaß beurteilt werden können, zu quantifizieren, sowie bei der zahlenmäßigen Beschränktheit unseres Krankenguts nicht möglich, aus den vorliegenden Daten das erwartete umgekehrte Verhältnis zwischen der Stärke der prämorbiden Entwicklungsstörung und der Intensität der Umweltschädlichkeiten aufzuzeigen. Zudem müßte dabei der Tiefe der Depression Rechnung getragen werden.

Was aber aus unserem Material eindeutig hervorgeht, ist die Tatsache, daß psychopathische Anlagen, neurotische Entwicklungen und schwere, nicht zu einer Neurose führende Traumatisierungen in der Kindheit die Disposition, im späteren Leben an einer Erschöpfungsdepression zu erkranken, wesentlich erhöhen.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die gefundenen anamnestischen Angaben. Da sich für ein und denselben Patienten des öfteren mehrere Merkmale erheben lassen, übersteigt die Zahl an gefundenen Eigenschaften die Fallzahl. Die Totalsumme bezieht sich jedoch wiederum auf die reine Zahl der Fälle. Unter a) und b) finden wir elterliche, die kindliche Entfaltung beeinträchtigende Eigenschaften und den in insgesamt einem Sechstel der Fälle nachweisbaren frühen Verlust eines Elternteils. Die übrigen, in verschiedenem Maß entwicklungshemmenden Faktoren sind unter c) aufgeführt, wo wir insbesondere auf drei häufig auftretende Tatbestände hinweisen möchten.

Tabelle 4

Kindliche Entwicklung, Neurose, Psychopathie

a) Vater	Männer	Frauen
Alkoholiker	5 Patienten	6 Patientinnen
Brutal, grob, überstreng	6 Patienten	6 Patientinnen
Diktatorisch, verständnislos	6 Patienten	3 Patientinnen
Weich, die Familie vernachlässigend	4 Patienten	5 Patientinnen
Fehlen (Unehelichkeit) oder früher Verlust	3 Patienten	3 Patientinnen
Summe der Fälle	18 Patienten	16 Patientinnen
b) Mutter		
Tyrannisch, überbeschützend	6 Patienten	4 Patientinnen
Lieblos, hart, kalt, böse	4 Patienten	9 Patientinnen
Jähzornig, stimmungslabil, vernachlässigend	3 Patienten	5 Patientinnen
Früher Verlust durch Tod oder Scheidung	2 Patienten	4 Patientinnen
Summe der Fälle	10 Patienten	17 Patientinnen
c) Erziehung, kindliche Entwicklung		
Nicht bei der Mutter aufgewachsen	5 Patienten	10 Patientinnen
bei positiv beurteilten Verwandten	2 Patienten	4 Patientinnen
bei negativ beurteilten Verwandten	1 Patient	3 Patientinnen
in Pflegefamilie oder Heim	2 Patienten	3 Patientinnen
Uneheliches Kind	0 Patienten	2 Patientinnen
Gestörte, elterliche Ehe, Trennung	7 Patienten	7 Patientinnen
Scheidung (Patient jünger als 10 Jahre)	0 Patienten	3 Patientinnen
Liebesmangel, Zurückstellung vor Geschwistern	7 Patienten	17 Patientinnen
Überstrenge Erziehung	5 Patienten	2 Patientinnen
Finanzielle Schwierigkeiten	7 Patienten	3 Patientinnen
Frühkindliche Traumen (Konzentrationslager)	0 Patienten	1 Patientin
Angeborene oder früh erworbene Krankheit (Pulmonalstenose, hochgradige Schwerhörigkeit, kong. Hüftluxation, Psoriasis und Schwerhörigkeit)	1 Patient	3 Patientinnen
Summe der Fälle	19 Patienten	14 Patientinnen
Schwere kindliche Milieuschädigung	13 Patienten	18 Patientinnen
d) Psychopathie, psychische Fehlentwicklungen		
Oligophrenie (Debilität)	0 Patienten	2 Patientinnen
Psychopathie	8 Patienten	4 Patientinnen
Neurotische Entwicklung	5 Patienten	11 Patientinnen
Charakterneurose	1 Patient	7 Patientinnen
andere	4 Patienten	4 Patientinnen
Psychosomatische Krankheit in der Jugend (Asthma bronchiale 4, Colitis ulcerosa 1)	1 Patient	4 Patientinnen
Summe der Fälle	14 Patienten	16 Patientinnen
e) Summe der Fälle a, b, c, d	32 Patienten	31 Patientinnen
Schwere Milieuschädigung, Neurose, Psychopathie	22 Patienten	23 Patientinnen
Fälle mit stummer Anamnese	4 Patienten	5 Patientinnen

Einerseits ist über ein Viertel der weiblichen und fast ein Sechstel der männlichen Patienten infolge Verlust durch Tod, Scheidung oder aus anderen Gründen nicht bei der eigenen Mutter, sondern bei Großeltern, Stiefmüttern, in Pflegefamilien oder Kinderheimen aufgewachsen. Bei 23,6% beider Geschlechter läßt sich andererseits eine unharmonische elterliche Ehe nachweisen, die teilweise zu Scheidung führte. Schließlich heben 47,2% der Frauen und 19,4% der Männer hervor, als Kind an Liebe zu kurz gekommen zu sein. Dieser Mangel an affektiver Wärme und Geborgenheit in der Kindheit, der indirekt auch aus den beiden anderen genannten Faktoren zu erschließen ist, muß als wesentlicher disponierender Faktor angesprochen werden.

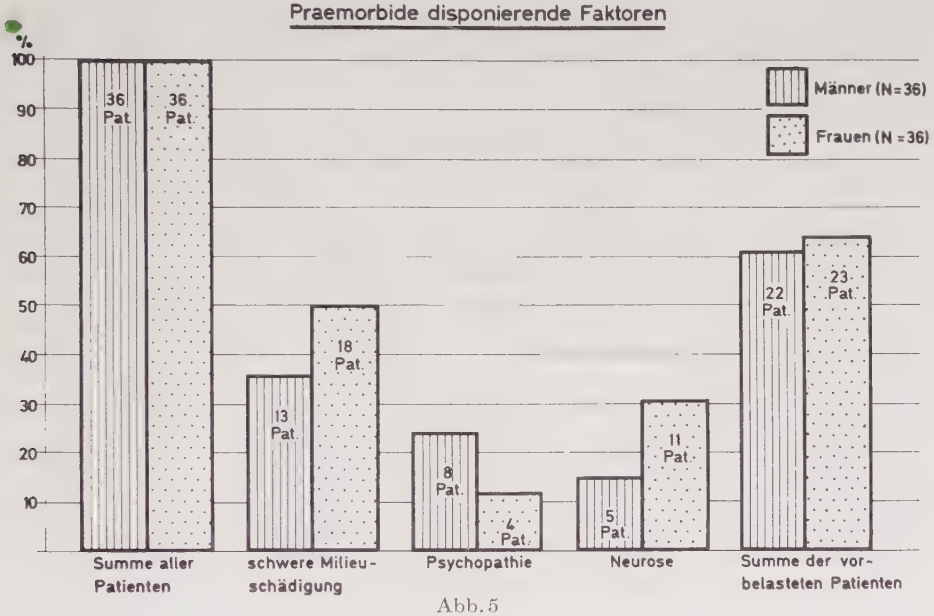

Abb. 5

Unter der Bezeichnung «schwere kindliche Milieuschädigung» ist eine Beurteilung der gesamten kindlichen Entwicklungssituation, wie sie sich unter Berücksichtigung aller bekannten Daten aus der Krankengeschichte ergeben hat, zu verstehen. Damit haftet ihr notwendigerweise ein subjektives Element an, doch gewinnt man durch die Einführung dieses Begriffs eine gewisse Vorstellung, wie oft die in der Tabelle aufgeführten pathogenen Faktoren durch Kumulierung oder besondere Intensität ein ungewöhnliches Maß angenommen haben. Der Prozentsatz dieser Fälle ist nun mit 36,1% beziehungsweise 50,0% außerordentlich hoch.

Schließlich sind unter d) diejenigen Fälle angeführt, bei denen neben der Erschöpfungsdepression eine Psychopathie, Oligophrenie oder Neurose dia-

gnostiziert wurde. Die Summe der Patienten mit schwerer Milieuschädigung, Psychopathie oder Neurose (Abb. 5) beläuft sich auf 45, das heißt 62,5%, und stellt damit die Zahl der prämorbid deutlich vorbelasteten Individuen dar.

Auf Grund dieser Ergebnisse läßt sich die erste von uns aufgeworfene Frage (Seite 195) ziemlich eindeutig bejahen. Zwar stehen uns leider keine Vergleichszahlen aus der Durchschnittspopulation zur Verfügung (die in dieser Form auch schwierig zu beschaffen wären), doch dürften die vorliegenden Ergebnisse wesentlich über dem Durchschnitt liegen. Wir vermuten, daß manche der in unseren Fällen gefundenen emotionellen Spannungen von seelisch gesunderen und robusteren Naturen ertragen worden wären, ohne zu einer Erschöpfungsdepression zu führen, daß mit anderen Worten die Erschöpfungsdepression die Antwort eines spezifisch strukturierten oder vorgeschädigten Individuums auf durchschnittliche oder überdurchschnittlich starke affektive Belastungen darstellt.

4. Bedingende und auslösende Umweltfaktoren

Die Erschöpfungsdepression wird nach ihrer üblichen Charakterisierung durch jahrelange emotionale Dauerbelastungen oder immer wiederkehrende «affektive Nadelstiche» hervorgerufen. Diese lassen sich zwanglos in drei Gruppen einteilen: Spannungen im Erwerbsleben, in der Ehe und in den übrigen mitmenschlichen Beziehungen. Dazu gesellen sich als viertes sekundäre belastende psychische Faktoren bei somatischen Schädigungen (denen wir auch Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit zugezählt haben), beispielsweise reaktive Schuldgefühle bei Alkoholikern, Angst vor Operationen oder seelische Zermürbung durch chronische Krankheiten.

Die überwiegende Mehrzahl der männlichen Patienten (Tabelle 5, Abb. 6), nämlich 80,6%, erkrankte im Rahmen einer Überarbeitung, wobei aus der Zusammenstellung deutlich hervorgeht, daß praktisch immer affektive Spannungen, die bei selbständig und unselbständig Erwerbenden etwas verschiedenen Charakter tragen, das eigentlich pathogene Moment darstellen. Finanzielle Sorgen fanden sich nur bei 6 Fällen und sind daher bemerkenswert selten.

Ebenso häufig wie die beruflichen Spannungen finden sich körperliche Faktoren am Ausbruch der Depression ursächlich beteiligt, unter denen Alkoholismus und Toxikomanie beziehungsweise Medikamentenmißbrauch mit 38,9% hervorragen. In rund einem Fünftel der Fälle hat ein grippaler Infekt zur Auslösung beigetragen.

Eheliche Zerwürfnisse sind in einer großen Zahl an der psychischen Dekompensation mitschuldig (41,7%); Krankheit der Ehefrau, Scheidung und außereheliche Beziehungen bilden weitere häufige Teilursachen aus diesem Kreis.

Tabelle 5

Bedingende Umweltfaktoren

A. Männer	Total 36 Patienten
1. Erwerbsleben	
Überarbeitung	19 Patienten
Ärger, Sorgen bei selbständig Erwerbenden	10 Patienten
Affektive Spannungen am Arbeitsplatz bei unselbständig Erwerbenden	9 Patienten
Nicht zusagende Arbeit	4 Patienten
Finanzielle Schwierigkeiten	6 Patienten
Unterschlagung	2 Patienten
Total	29 Patienten
2. Somatische Faktoren	
Alkoholismus chronicus	12 Patienten
Medikamentenabusus respektive Medikamentensucht, davon 3 mit Alkoholismus kombiniert	5 Patienten
Total	14 Patienten
Chronische Krankheiten (Coronarsklerose 2, Progressive Paralyse, Lues II, schwere rezidivierende Tbc, Hepatitis, Osteochondrose, Psoriasis und Schwerhörigkeit, chronische Kopfschmerzen)	9 Patienten
Akute Krankheiten (Grippe 7, Apoplexie 1)	8 Patienten
Psychosomatische Krankheiten (Ulcus 5, Asthma 1, Hypertonie 1)	7 Patienten
Operationen (innert 2 Jahren vor Hospitalisation) (Ulcus 3, Hiatushernie 1, Appendizitis 1)	5 Patienten
Unfälle (Commotio 1, anderes 1)	2 Patienten
Leistungsabnahme im Involutionsalter	1 Patient
Total	22 Patienten
Total somatische Faktoren	29 Patienten
3. Ehe, sexuelle Beziehungen	
Unglückliche Ehe (davon 3 Mußehen)	15 Patienten
Trennung	3 Patienten
Scheidung	5 Patienten
davon in zweiter Ehe verheiratet	4 Patienten
Sexuelle Unstimmigkeiten	4 Patienten
Krankheit der Ehefrau (Depressionen 4, Toxikomanie 1, andere 1)	6 Patienten
Tod der Ehefrau (nämlich Suizid)	2 Patienten
Außereheliche Beziehungen	4 Patienten
Uneheliches Kind, Spannungen der Mutter	2 Patienten
Entlöbnis	1 Patient
Total	23 Patienten
4. Übrige mitmenschliche Beziehungen	
Aufreibende Erziehung, Tod eines Kindes	4 Patienten
Kinderlosigkeit bei Kinderwunsch	1 Patient
Tod eines nahen Angehörigen	4 Patienten
Spannungen mit den Eltern oder Schwiegereltern	3 Patienten
Allgemeine Vereinsamung	2 Patienten
Total	12 Patienten

B. Frauen	Total 36 Patientinnen
1. Ehe, sexuelle Beziehungen	
Unglückliche Ehen (davon 9 Mußehen von 10)	21 Patientinnen
Trennung	5 Patientinnen
Scheidung	10 Patientinnen
davon in zweiter Ehe verheiratet	3 Patientinnen
davon in dritter Ehe verheiratet	2 Patientinnen
Alkoholismus des Ehemannes, mit Eifersuchtsreaktion 2	10 Patientinnen
Grober Ehemann	8 Patientinnen
Untreue des Ehemanns	10 Patientinnen
Sexuelle Unstimmigkeit	5 Patientinnen
Arbeitsscheu, Kriminalität des Ehemannes	4 Patientinnen
Krankheit des Ehemannes (Suizidversuch, Haschischsucht, Verlust eines Auges, Erschöpfungsdepression)	4 Patientinnen
Tod des Ehemannes	4 Patientinnen
Außereheliche Beziehung	3 Patientinnen
Ledige und Verwitwete: Spannungen mit dem Freund, Trennung, Untreue, Tod des Freundes	5 Patientinnen
Total	26 Patientinnen
2. Übrige mitmenschliche Beziehungen	
Aufreibende Erziehung, Erkrankung, Tod eines Kindes	9 Patientinnen
Trennung vom Sohn (Heirat, Wegzug)	5 Patientinnen
Kinderlosigkeit bei Kinderwunsch	3 Patientinnen
Spannungen mit den Eltern oder Schwiegereltern	3 Patientinnen
Tod eines nahen Angehörigen	2 Patientinnen
Spannungen mit einer Freundin, Verlust einer Freundschaft	5 Patientinnen
Trennung von Angehörigen durch Flucht aus Ungarn	2 Patientinnen
Allgemeine Vereinsamung	10 Patientinnen
Total	25 Patientinnen
3. Erwerbsleben, Haushalt	
Überarbeitung bei Berufstätigen, davon 2 verheiratet	8 Patientinnen
Seelische Spannungen am Arbeitsplatz	4 Patientinnen
Nicht zusagende Arbeit	2 Patientinnen
Personalschwierigkeiten, aufreibende Verwandtenpflege	3 Patientinnen
Kündigung, Wohnungssuche, Hauskauf, Umzug	7 Patientinnen
Finanzielle Schwierigkeiten	11 Patientinnen
Total	20 Patientinnen
4. Somatische Faktoren	
Medikamentenabusus oder Medikamentensucht	5 Patientinnen
Alkoholismus	1 Patientin
Total	6 Patientinnen
Chronische Krankheiten (Sudeck, chronische Urämie, Metrorrhagien, HWS-Spondylose, Diskopathie und Osteoporose, hochgradige Schwerhörigkeit)	6 Patientinnen
Schwangerschaft, Abort, Interruptio (innert 2 Jahren vor der Hospitalisation)	4 Patientinnen
Operationen (innert 9 Jahren vor Hospitalisation) (Zahnextraktion, Varizenentfernung, Nephrektomie und Meniscusoperation, Ulcus, Colektomie, Anus präter und Nephrektomie und Operation bei Zystenniere, Pulmonalstenose, Halszyste, Hiatushernie und Gallenblase, Knieoperation)	9 Patientinnen
Psychosomatische Krankheiten (Asthma 2, Ulcus, Colitis ulcerosa)	4 Patientinnen
Unfälle (Commotio, Knieunfall)	2 Patientinnen
Total	17 Patientinnen
Total somatische Faktoren	20 Patientinnen

Die aus der 4. Gruppe stammenden Faktoren spielen mit 33,3% nur eine relativ untergeordnete Rolle.

Etwas anders gestaltet sich die Verteilung beim weiblichen Geschlecht, wo Konflikte aus dem Ehe- und Sexualleben dominieren (75,0%). Die Rate unglücklicher Ehen steigt hier auf 58,3% ,was nach Abzug der Ledigen 70,0% der momentan oder früher Verheirateten ausmacht. Es folgen nach Häufigkeit Scheidung, Alkoholismus, Untreue und Brutalität des Ehemannes.

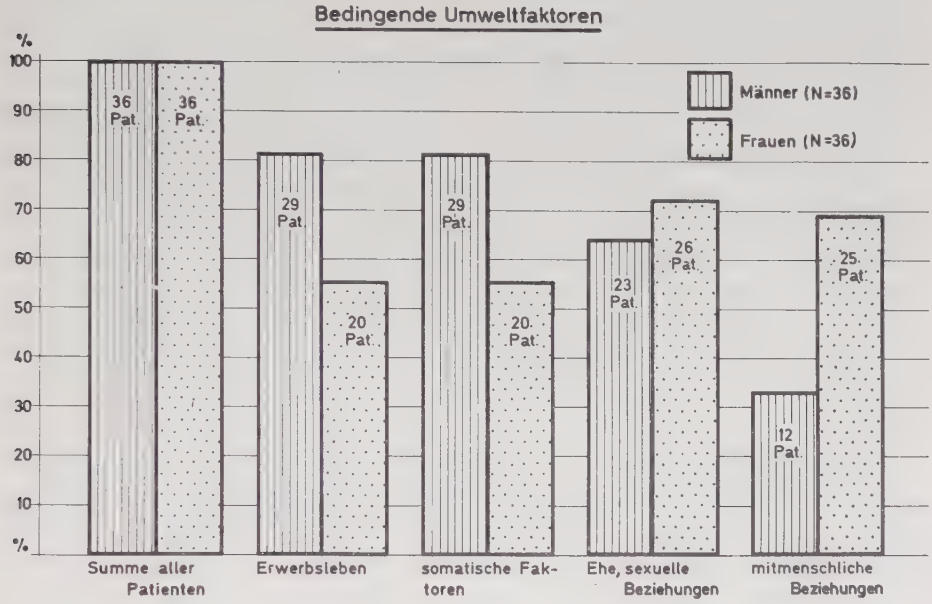

Abb. 6

Sorgen und Enttäuschungen in den übrigen mitmenschlichen Beziehungen fallen bei den Frauen deutlich mehr ins Gewicht, was teilweise auf die starke Bindung an die Kinder zurückzuführen ist, wie das Detail «Trennung vom Sohn» (13,9%) illustriert. Die allein lebenden Frauen, die – wie wir oben gesehen haben – die Hälfte aller Patientinnen ausmachen, sind fernerhin auf Freundschaften und auf die verwandtschaftlichen Bande viel stärker angewiesen als verheiratete. Insgesamt leidet ein Viertel der Patientinnen, unter ihnen vor allem ältere, nicht verheiratete, an allgemeiner Vereinsamung.

Die Streßfaktoren des Erwerbslebens stehen hier weniger im Vordergrund als bei den Männern, weil nur 52,8% berufstätig sind, doch bilden finanzielle Sorgen eine häufig gefundene Belastung (30,6%).

Die Kombination von Erschöpfungsdepression mit Alkoholismus oder Medikamentenabhängigkeit wird hier nur in 16,7% der Fälle beobachtet. Das

im Vergleich zu den Männern hier seltenere Auftreten somatischer Schädlichkeiten ist wohl auf das geringere Durchschnittsalter zurückzuführen.

D. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden die Anamnesen von je 36 männlichen und weiblichen, an Erschöpfungsdepression erkrankten Patienten ausgewertet. Männer erkranken in einem höheren Alter als Frauen und haben in rund der Hälfte der Fälle verantwortliche berufliche Positionen inne. Die hereditäre Belastung mit manisch-depressiven Psychosen ist gering (2,8%); ein Überwiegen der leptosomen Konstitution zeigt sich besonders beim weiblichen Geschlecht (47,2%). Die männlichen Patienten sind prämorbid vorwiegend perfektionistisch-anankastisch, ehrgeizig und verschlossen, die weiblichen sensitiv und schwernehmend strukturiert. Kontaktgestörtheit und Entäußerungsgehemmtheit sind für beide Geschlechter charakteristisch. Bei 62,5% aller Patienten lassen sich eine schwere kindliche Milieuschädigung, eine Neurose oder eine psychopathische Konstitution nachweisen. Unter den auslösenden Faktoren stehen bei den Männern affektive Belastungen im Beruf sowie körperliche Schädigungen an der Spitze. Beim weiblichen Geschlecht überwiegen Ehezerwürfnisse und Verlust mitmenschlicher Beziehungen.

Insgesamt führt also eine prämorbide Resistenzverminderung gegen emotionelle Dauerspannungen in Kombination mit spezifischen, sich anhaltend auswirkenden Belastungssituationen zu dem Gesamtbild der Erschöpfungsdepression.

E. Literatur

Baeyer W. von: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart. Nervenarzt *19*, 402 (1948). – *Baeyer W. von:* Erschöpfung und Erschöpftsein. Nervenarzt *32*, 193 (1961). – *Battegay R.:* Häufigkeit, Differentialdiagnostik und Therapie milder Depressionen. Dtsch. med. Wschr. *85*, 217 (1960). – *Baumer L.:* Vegetative Dystonien als abortive Phasen zyklothymer Depressionen. Zbl. ges. Neurol. *125*, 5 (1953). – *Béard:* American nervousness. New York 1880. Deutsch: Neisser: Die Nervenschwäche. Leipzig 1881. – *Beck D.:* Vegetative Untersuchungen, Therapie und Prognose der Erschöpfungsdepressionen. Schweiz. Arch. Neurol. *90*, 370 (1962). – *Beno N.:* Le surmenage psychique. Praxis *39*, 778 (1950). – *Benon R.:* L'asthénie ou dépression. Syndrome et maladie. Rev. de méd. *50*, 135 (1933). – *Binder H.:* Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II (1960). – *Bleuler M.:* Die Depressionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Benno Schwabe, Basel, 2. Aufl. (1948). – *Brun R.:* Allgemeine Neurosenlehre. Benno Schwabe, Basel, 3. Aufl. (1954). – *Bürger-Prinz H.:* Psychopathologische Bemerkungen zu den zyklischen Psychosen. Nervenarzt *21*, 505 (1950). – *Bürger-Prinz H.:* Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Studium generale *4*, 227 (1951). – *Cimbal W.:* Vegetative Äquivalente der Depressionszustände. Dtsch. Z. Nervenheilk. *107*, 36 (1929). – *Dichgans G.:* Vegetative Depressionen. Dtsch. med. Wschr. *77*, 1602 (1952). – *Ditfurth H. von:* Die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt. S. Karger, Basel-New York 1960. – *Ewald G.:* Vegetatives System und Psychiatrie. Fortschr. Neurol. *18*, 577 (1950). – *Ewald G.:* Neurologie und Psychiatrie. Urban und Schwarzenberg, München und

Berlin 1959. – *Frankl V.:* Theorie und Therapie der Neurosen. Urban und Schwarzenberg, München und Berlin 1956. – *Freud S.:* Trauer und Melancholie. Ges. Werke, Bd. 10. – *Freud S.:* Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Werke, Bd. 15. – *Gottlieb J.S.* and *Tourney G.:* The Depressive Illnesses: Their Diagnosis and Treatment. J. chron. dis. *9*, 234 (1959). – *Hempel J.:* Die «vegetativ-dystone Depression». Nervenarzt *10*, 22 (1937). – *Hempel J.:* Über die pathoplastische und konstitutionsbiologische Bedeutung der «vegetativen Stigmatisierung» in der Psychiatrie. Arch. Psychiat. *108*, 517 (1938). – *Hermann A.:* Zur Frage der vegetativen Depression. Psych. Neur. med. Psychol. *13*, 76 (1961). – *Hochrein M.* und *Schleicher I.:* Chronische Ermüdung als Krankheitsursache. Münch. med. Wschr. *89*, 47 (1942). – *Hoffet H.:* Typologische Gliederung depressiver Syndrome und somatotherapeutische Indikationsstellungen. Bibl. Psychiat. Neurol. Fasc. *115* (1962). – *Hutter A.:* Die Psychopathologie der schwermütigen Psyche und die klinischen Depressions- und Melancholietypen. Nervenarzt *12*, 281 (1939). – *Janz H.-W.:* Psychopathologische Reaktionen der Kriegs- und Nachkriegszeit. Fortschr. Neur. *17*, 264 (1949). – *Kielholz P.:* Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Schweiz. med. Wschr. *87*, 107 (1957). – *Kielholz P.:* Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Documenta Geigy, Acta psychosomatica, Nr. 2 (1959). – *Kielholz P.:* Diagnostik und Therapie der erschöpfungsdepressiven Zustandsbilder. Wien. med. Wschr. *110*, 714 (1960). – *Kielholz P.:* Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. J. F. Lehmanns Verlag, München 1965. – *Klein M.:* Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. Psyche *14*, 256 (1960). – *Kluge E.:* Über psychotische Störungen bei Erschöpfung. Psych. Neur. med. Psychol. *3*, 10 (1952). – *Kranz H.:* Die Differentialdiagnose der Depressionszustände. Med. Welt *3*, 78 (1951). – *Kretschmer E.:* Körperbau und Charakter. Julius Springer Verlag, Berlin 1936. – *Labhardt F.:* Körperliches und seelisches Krankheitsgeschehen bei Depressiven und Süchtigen als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung. Praxis *53*, 1083 (1964). – *Langer D.:* Die wichtigsten Ergebnisse der Streß-Forschung (bis 1957) und deren Bedeutung für die Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. *26*, 321 (1958). – *Lemke R.:* Über die vegetative Depression. Psych. Neur. med. Psychol. *1*, 161 (1949). – *Lempérière T.:* Les dépressions psychogènes, dépressions réactionelles, dépressions d'épuisement, dépressions névrotiques. Rev. prat. *13*, 3021 (1963). – *Lenz H.:* Einführung in die Problematik der Diagnose und der Therapie der Depressionen. Wien. klin. Wschr. *72*, 217 (1960). – *Peigné F.:* Etats dépressifs. Formes cliniques et traitement. Vie méd. *44*, (1963). – *Petrilowitsch N.:* Beiträge zu einer Struktur-Psychopathologie. Bibl. Psychiat. Neurol. Fasc. *102* (1958). – *Petrilowitsch N.:* Zur Problematik depressiver Psychosen. Arch. f. Psychiat. u. Z. f. d. ges. Neurol. *202*, 244 (1961). – *Rosenfeld M.:* Die vegetativen Systeme und ihre Beziehungen zu psychischen Störungen. Mschr. f. Psychiat. u. Neurol. *100*, 137 (1938). – *Rosenfeld M.:* Vegetative Systeme und psychische Störungen. Münch. med. Wschr. *86*, 477 (1939). – *Rosenfeld M.:* Die vegetativen Systeme des Stammhirns in der Pathogenese psychischer Störungen. Kli. Wo. *23*, Nr. 1/4, 1 (1944). – *Rost J.:* Beitrag zum psychischen Zustandsbild der Erschöpfung. Nervenarzt *20*, 325 (1949). – *Roth M.:* Depressive States and Their Borderlands: Classification, Diagnosis and Treatment. Compr. Psychiat. *1*, 135 (1960). – *Ruffin H.:* Melancholie. Dtsch. med. Wschr. *82*, 1080 (1957). – *Saussure R. de:* L'origine psychogène des troubles physiques de la neurasthénie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiat. *27*, 348 (1931). – *Schneider K.:* Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. *59*, 281 (1920). – *Schneider K.:* Die Untergrundsdepression. Fortschr. Neurol. Psychiat. *17*, 429 (1949). – *Schneider P.B.:* Etats dépressifs endogènes et exogènes: diagnostic différentiel. Praxis *42*, 664 (1953). – *Schulte W.:* Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt *22*, 140 (1951). – *Schulte W.:* Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt *32*, 314 (1961). – *Selye H.:* Das Allgemeine Adaptationssyndrom (GAS) und die Adaptationskrankheiten. Med. Welt *20*, 1 ff., 46 ff., 81 ff. (1950). – *Staehelin J.E.:* Über Depressionszustände. Schweiz. med. Wschr. *85*, 1205 (1955). – *Stertz G.:* Die neurasthenische Reaktion. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5 (1928). – *Strutz H.:* Der funktionelle Erschöpfungszustand als Folge beruflicher und außerberuflicher Überbelastung. Das deutsche Gesundheitswesen *11*, 1532 (1956). – *Weitbrecht H.J.:* Über Hypochondrie. Dtsch. med. Wschr. *76*, 313 (1951). – *Weitbrecht H.J.:* Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. *20*, 247 (1952). – *Weitbrecht H.J.:* Offene Probleme bei affektiven Psychosen. Nervenarzt *24*, 187 (1953). – *Weitbrecht H.J.:* Affektive Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. *73*, 379 (1954). – *Weitbrecht H.J.:* Zur Psychopathologie der sogenannten Erschöpfung. Med. Klin. *54*, 1136 (1959). – *Wyrsch J.:* Zur Differentialdiagnose und Therapie der Depression. Dtsch. med. Wschr. *80*, 775 (1955). – *Wyrsch J.:* Über Depressionen. Doc. Geigy, Acta psychosomatica Nr. 1 (1958).